

Dorota Kochman¹, Jakub Sułkowski²

¹ Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu,
ORCID: 0000-0002-3221-712X

² Absolwent Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku

Opieka pielęgniarska nad pacjentką z anoreksją

Nurse's participation in the care of an infant with anorexia

Streszczenie

Wstęp. Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem odżywiania mogącym prowadzić do niebezpiecznych powikłań. Jest jednym z najbardziej śmiertelnych zaburzeń. Stan pacjentki chorującej na anoreksję może się znacznie pogłębić, dlatego kluczowe jest podjęcie szybkich działań mających na celu poprawę stanu fizycznego i psychicznego.

Cel. Celem jest analiza problemów pielęgnacyjnych, wynikających z choroby oraz wskazanie zadań opiekuńczych, sprawowanych wobec dziecka z wybranymi powikłaniami wynikającymi z zaburzenia działania organizmu w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

Materiał i metody. W pracy wykorzystano metodę analizy literatury.

Wyniki. Najważniejsze w pracy jest ustalenie roli pielęgniarki i interwencje, które może podjąć w celu rozwiązania problemów pacjentki.

Wnioski. Opieka pielęgniarska nad pacjentką z jadłowstrętem psychicznym obejmuje m.in. kontrolę podstawowych parametrów życiowych, udział w odżywianiu i nawadnianiu pacjentki, zapewnianie komfortu psychicznego oraz edukację pacjentki i rodziny.

Słowa kluczowe: anoreksja, jadłowstręt psychiczny, zaburzenia odżywiania, niedożywienie, edukacja

Abstract

Admission. Anorexia nervosa is an eating disorder that can lead to dangerous complications. It is one of the deadliest disorders. The condition of a patient suffering from anorexia can significantly worsen, which is why it is crucial to take prompt action aimed at improving both the physical and mental health of the patient.

Aim. The aim of this is analysis the nursing problems resulting from the disease and to outline the tasks of the nurse in relation to a child with selected complications arising from the dysfunction of the body during the course of anorexia nervosa.

Material and methods. The study uses a literature analysis.

Results. The most important aspect of this work is determining the role of the nurse and the interventions they can take to address the problems of the patient.

Conclusions. Nursing care for a child with anorexia nervosa includes, among other things, monitoring vital signs, participation in the patient's nutrition and hydration, ensuring psychological comfort, and educating both the patient and their family.

Keywords: anorexia, anorexia nervosa, eating disorders, malnutrition, education

Wstęp

Jadłowstręt psychiczny jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń odżywiania, dotyczącym przede wszystkim adolescentów oraz młodych dorosłych do 25 roku życia. Zaburzenie to jest jednym z najbardziej śmiertelnych zaburzeń psychicznych. Dane statystyczne wskazują, że nawet połowa osób chorujących na anoreksję doświadczyło występowania myśli samobójczych, a co dziesiąta osoba podejmowała próby samobójcze [1]. Anoreksja prowadzi do wielu zaburzeń funkcjonowania organizmu, co w konsekwencji może doprowadzić do niewydolności serca, uszkodzenia narządów wewnętrznych, zaburzeń hormonalnych, zaburzeń układu odpornościowego, zaburzeń elektrolitowych, a w najgorszym wypadku nawet do śmierci.

Pielęgnacja w przypadku anoreksji stanowi wyzwanie, zarówno dla personelu medycznego, jak i dla rodziny pacjentki. Wynika to z tego, że proces zdrowienia opiera się nie tylko na leczeniu organicznie pacjentki, czyli poprzez odżywienie, powrót do równowagi elektrolitowej w organizmie, suplementację czy ewentualną farmakoterapię, ale również poprzez powrót do równowagi psychicznej. Właśnie dlatego rola pielęgniarki to nie tylko wykonywanie podstawowych czynności pielęgniarских, ale także zadbanie o poczucie bezpieczeństwa pacjentki oraz jej komfort psychiczny. W skład kompleksowej opieki, którą pielęgniarka ma w zakresie swoich obowiązków wchodzi również edukacja. Aspekt ten jest kluczowy w procesie zdrowienia pacjentki i dotyczyć ma zarówno samej pacjentki, jak i jej rodziców/opiekunów.

Cel

Celem niniejszej pracy jest analiza problemów pielęgnacyjnych, wynikających z choroby oraz wskazanie zadań opiekuńczych sprawowanych wobec pacjentki z wybranymi powikłaniami wynikającymi z zaburzenia działania organizmu w przebiegu jadłowstrętu psychicznego.

Przegląd

Definicja jadłowstrętu psychicznego (anoreksji)

Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem odżywiania, określanym jako nieodpowiednie zachowania dotyczące żywienia, a także takie, które dążą do kontrolowania masy ciała i jej intencjonalnej utracie. Zgodnie z aktualnie stosowaną klasyfikacją zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (z ang. APA) – DSM-5, jadłowstręt psychiczny jest jednym z ośmiu zaburzeń z kategorii „Zaburzeń jedzenia i odżywiania się” [2,3]. Anoreksja ma również swoje miejsce w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD. Klasyfikacja ICD-10 wyróżnia dwie postaci jadłowstrętu psychicznego: postać ograniczającą (F50.01) oraz postać z napadami objadania się/przeczyszczaniem (F50.02). Pierwsza polega na stosowaniu restrykcyjnych diet znacznie ograniczających, a nawet wykluczających spożywanie posiłków i/lub wykonywanie nadmiernej ilości różnorodnych aktywności fizycznych. Dodatkowo postać ta charakteryzuje się brakiem regularnego objadania się lub stosowania różnych metod przeczyszczania w okresie ostatnich trzech miesięcy do dnia diagnozowania. Druga postać jadłowstrętu psychicznego charakteryzuje się regularnym występowaniem powyższych działań w okresie ostatnich trzech miesięcy [2,3].

Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa) oraz bulimia psychiczna (bulimia nervosa) są tzw. prototypowymi zaburzeniami odżywiania. Pewne atypowe zaburzenia odżywiania są do nich bardzo podobne, lecz ze względu na kryteria diagnostyczne nie mogą zostać uznane za żadne z powyższych. Atypowość tych zaburzeń wynika z niewystarczającej liczby objawów charakterystycznych danemu zaburzeniu, zbyt krótkiego czasu ich trwania czy zbyt małego ich nasilenia. W takiej sytuacji mówi się o „przypadku podprogowym” [4]. Wspomniawszy o bulimii warto rozróżnić pewne rzucające się podobieństwo występujące między nią, a anoreksją - szczególnie postacią anoreksji z napadami objadania się/przeczyszczaniem. Bulimię psychiczną również charakteryzuje nadmierne skupienie się nad własnym ciałem, jego wyglądem i masą. Występują również napady objadania się oraz intencjonalne działania mające na celu kompensację przyrostu masy ciała. Działania te objawiają się wywoływaniem wymiotów, przyjmowaniem środków przeczyszczających czy wykonywaniem nadmiernej aktywności fizycznej. W jadłowstręcie psychicznym kryteria diagnostyczne dotyczą bardziej zaburzenia obrazu własnego ciała, w bulimii psychicznej jednak kryteria bardziej odwołują się do aspektu związanego z żywieniem [4]. Choć wydawać się może, że granica między zaburzeniami i ich postaciami jest niewielka, to jednak występuje. W diagnozie jadłowstrętu nasilenie zaburzenia określa się na podstawie wskaźnika masy ciała BMI w przypadku dorosłych lub siatek centylowych w przypadku dzieci i adolescentów. W bulimii nasilenie określa się na podstawie średniej ilości epizodów kompensacyjnych w ciągu 7 dni. W psychopatologii jadłowstrętu kluczowe jest występowanie skrajnego lęku przed wzrostem masy ciała i byciem osobą otyłą, a także implikowane tym działania dążące do bycia szczupłym [4].

Główne czynniki przyczyniające się do powstania zaburzenia

Jadłowstręt psychiczny podobnie jak inne zaburzenia ma wieloczynnikową etiopatogenezę, są to: czynniki osobowościowe (psychologiczne), biologiczne, środowiskowe oraz kulturowe. W sferze psychologicznej wyróżnić można trzy dysfunkcyjnie działające obszary, uważane za pierwotne cechy zaburzenia. Ich znaczenie podkreślała amerykańska psychiatra niemieckiego pochodzenia Hilde Bruch (1904–1984), która swoją aktywność poświęcała tematowi zaburzeń odżywiania, a cechy te do dnia dzisiejszego uznawane są za bardzo istotne. Te zaburzone obszary to:

Zaburzenie obrazu własnego ciała oraz pojęcia ciała. Pojęcie to wskazuje na nadmierne wychudzenie jako stan normy, jak również jako jedyne narzędzie zapobiegające wzrostowi wagi.

Zaburzenia w postrzeganiu/interpretacji poznawczej sygnałów z organizmu. Zaburzenie odczuwania głodu w anoreksji bardziej wynika z nieodpowiednich/nieuznawanych fizycznych objawów głodu niż z faktycznego jego odczuwania. Osoby z jadłowstrętem nadmiernie objadające się, a następnie wywołujące efekty przeczyszczające niezgodnie ze stanem rzeczywistym interpretują trudne stany emocjonalne jako organiczne sygnały wskazujące na głód.

Poczucie nieskuteczności. Cecha ta, uznawana przez Bruch za kluczową, związana jest z motywacją do silnej potrzeby posiadania kontroli nad własnym życiem oraz posiadaniem poczucia odrębności, niepowtarzalności (tożsamości).

Według Bruch jadłowstręt psychiczny rozumiany może być jako próba dbania o swoje dobre samopoczucie i stan psychiczny. Jako argument badaczka podaje fakt występowania, na długo przed zdiagnozowaniem choroby, poczucia bezradności i braku skuteczności. Dodatkowo jako inny kluczowy czynnik badaczka podaje dysfunkcyjne relacje rodzinne, które mają znaczenie przede wszystkim w poczuciu autonomii.

Bruch oraz inni badacze pracujący w nurcie psychoanalitycznym, uwagę swoją skupiali na rozwoju już od pierwszych dni życia, jednakże największy nacisk kładli na okres adolescencji. To w tym okresie powraca się do poprzednich etapów rozwojowych. Uaktualnienie emocji z tych faz prowokuje występowanie mechanizmów obronnych. U osób dotkniętych zaburzeniem łaknienia najwyraźniej przejawiającymi się są „acting out” oraz rozszczepienie [5]. „Acting out” objawia się destrukcyjnymi czynnościami (np. nadmierne głodzenie się), rozszczepienie z kolei to występowanie tendencji przeciwstawnych sobie i z siebie niewynikających (tendencja poszukiwania i spożywania pokarmu wraz z tendencją pozbywania się go z organizmu).

Tabela 1. Cechy osobowości pacjentek z jadłowstrętem psychicznym [6]

Cechy osobowości pacjentek z jadłowstrętem psychicznym		
Stosunek do własnej osoby	Stosunek względem innych	Życie emocjonalne
Konflikty wewnętrzne Potrzeba określenia tożsamości Negatywny obraz własnej osoby Patologiczny perfekcjonizm Skoncentrowanie na własnym wyglądzie Niski poziom zaufania do siebie Wysokie aspiracje	Niski poziom zaufania do innych Lęk przed bliższym kontaktem z innymi Niepewność siebie, ostrożność Wysoka wrażliwość na krytykę Trudności w kontaktach Nieśmiałość	Lęk i niepokój Neurotyzm Depresja Agresja lub autoagresja Niskie poczucie bezpieczeństwa Aleksytymia Sztuczność emocjonalna Zależność emocjonalna Obniżony poziom odporności na stres

Inną koncepcję rozwoju zaburzeń odżywiania przedstawił David Krueger. Według autora *“Integrating Body Self and Psychological Self”* zaburzenie procesu formowania się tzw. “Ja cielesnego” wynika z zaburzonych rodzinnych relacji w okresie wczesnego dzieciństwa. Jako kluczowe urazowe doświadczenia z okresu dzieciństwa zlicza:

Relacje o charakterze intruzywnym, nadopiekuńczym i w nadmierny sposób kontrolującym. Przez takie relacje dziecko nie postrzega swojego ciała w odpowiedni (wyraźny) sposób.

Niedostępność emocjonalna/nieadekwatne reakcje rodzica (lub ich brak) na zachowanie u dziecka. Skutkiem jest ograniczona świadomość sensoryczna, a także deficyt wyraźnie występujących granic.

Niespójna (selektywna) responsywność rodziców, która prowadzi do braku reprezentacji symbolicznej dla bagatelizowanych potrzeb dziecka, jego uczuć oraz funkcji ciała [5].

Według Kruegera takie sytuacje stanowią ryzyko dla włączenia strategii redukcji napięcia przez różne formy stymulacji ciała, takie jak głodzenie, nadmierne jedzenie i wywoływanie efektów przeczyszczających czy kończąc na samookaleczaniu. W podejściu Kruegera, tak jak wśród innych badaczy działających w nurcie psychodynamicznym istnieje wiele rozbieżności. Wskazać można jednak pewną wspólną cechę jaką jest związek między zaburzeniami a dysfunkcjonalnymi (patologicznymi) ścieżkami rozwoju w okresie adolescencji [5].

Każda jednostka rozwija się w swoim własnym, unikalnym otoczeniu, którym najczęściej jest rodzina. Stwarza ona pewne warunki, które mogą sprzyjać rozwojowi dziecka na różnych etapach życia, a także mogą go zaburzać. Rodzina tworzy pewien system, w którym wszyscy są od siebie zależni, a zmiany w nim zachodzące mają wpływ na każdy jego element. Rodzina w ujęciu systemowym cechuje się strukturą, dynamizmem, zróżnicowaniem, zdolnością do osiągnięcia homeostazy, a także do rozwoju. Psycholog Salvador Minuchin zajmujący się terapią strukturalną w terapii rodzin wskazuje na pewną specyfikę rodzin z problemem anoreksji. Specyfika ta cechuje się sztucznością, brakiem zdolności rozwiązywania konfliktów, nadopiekuńczością, ale przede wszyst-

kim uwikłaniu oraz zmieszaniu. Efektem jest to, że rodzice zamiast rozwiązywać problem, przenoszą go automatycznie na dziecko, które funkcjonuje w jednym systemie. Pojawia się uwikłanie i efektem jest triangulacja [7]. Zainspirowana koncepcją Mary Selvini Palazzoli zaobserwowała, że rodzice pacjentek z anoreksją tworzą relację osadzoną na rozczarowaniu oraz niechęci, a także na podtrzymywaniu jedności relacji, jednak tylko stwarzającej pozory jedności. Wskazuje również, że dziecko uczestniczy w pewnej grze pomiędzy rodzicami. Inni badacze wskazują również na pewne utarte wzory międzypokoleniowe, a także na specyfikę funkcjonujących w rodzinie norm i wartości oraz problemy w procesie indywiduacji/odseparowania [8].

Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi zaburzeń odżywiania jest również otoczenie kulturowe. Każda rodzina cechuje się swoją indywidualnością, chociażby w kontekście norm i wartości. Jednak każdy taki system rodziny funkcjonuje w ramach pewnej kultury. Kultura stwarza warunki, które mogą być źródłem do powstania konfliktów. Wśród młodych osób, a szczególnie młodych dziewczyn istnieje przekonanie, jakoby wygląd i sylwetka były kluczową kwestią ich tożsamości. W wielu przypadkach dostosowywanie się do wytworzonych przez kulturę wzorców piękna jest wartością nadrzędną. Młodzi ludzie podejmują wiele działań, aby wpasować się w ramy mody i szeroko pojętej idei piękna, co niestety zwiększa ryzyko rozwijania się zaburzeń, zwłaszcza kiedy współwystępuje to z innymi czynnikami ryzyka. Eric Stice uważa, że normy wyglądu i szczupłej sylwetki, które są rozumiane jako atrakcyjność, kobiecość i definicję sukcesu są z czasem uwewnętrzniane - inaczej mówiąc: im mocniej zakorzeniona w przekonaniu istotność szczupłej sylwetki (internalizacja), tym mniejsze poczucie zadowolenia z własnego wyglądu [5]. Niektórzy uważają, że kluczową rolę w tej kwestii odgrywają matki dziewczynek, które już od pierwszych lat życia stawiają nacisk na wygląd ich dzieci. Pod wpływem nacisków z zewnątrz stwarza się przekonanie wśród młodych dziewczyn, które można przedstawić następująco: „Nie będę chuda” = „nie będę miała znajomych, przyjaciół” = „będę wyśmiewana i odrzucona” = „nie będę się podobała innym, nie znajdę partnera/partnerki”.

Statystyki pokazują skalę problemu zaburzeń odżywiania wśród młodych dziewcząt: 63% z nich ma problem z zaakceptowaniem własnego wyglądu, 76% z nich uważa, że chłopcy preferują szczupłe sylwetki u dziewcząt, 71% chciałoby mieć figurę modelki, 62% chciałoby ważyć o kilka kilogramów mniej [9]. Statystyki te odnoszą się do dziewcząt, jednak warto wspomnieć również o temacie znacznie rzadziej poruszonym, jakim jest anoreksja - czy szerzej, zaburzenia odżywiania - wśród chłopców/mężczyzn. Idealny obraz mężczyzny stawiający na muskularność, choć inny od wzorca kobiecego, również stawia na szczupłą sylwetkę. Wielu młodych chłopców jest niezadowolonych ze swojego ciała i podejmuje różne starania, aby to zmienić - stąd też 1/3 wszystkich zaburzeń odżywiania dotyczy płci męskiej. Badania wskazują, że wskaźnik śmiertelności u mężczyzn z zaburzeniami odżywiania jest o 6-8 razy wyższy niż u mężczyzn bez zaburzeń. Niepokojący jest również fakt, że wskaźnik dla zaburzeń odżywiania wzrasta szybciej wśród płci męskiej niż wśród kobiet [9].

Skutki zdrowotne anoreksji u dzieci

Anoreksja wiąże się z radykalnym ograniczeniem spożywania pokarmów, co niewątpliwie jest związane z wieloma skutkami dla zdrowia organizmu. Choć może wydawać się, że anoreksja jako zaburzenie odżywiania nie jest szczególnie niebezpieczna, ponieważ osobie niedożywionej, a zwłaszcza dzieciom można pomóc, choćby i poprzez hospitalizację jako ostateczności, to jednak realia są zupełnie inne. Anoreksja jest śmiertelna. Jest jednym z najgroźniejszych zaburzeń, o wysokim wskaźniku śmiertelności. Zaburzenie wyniszcza organizm zarówno w sferze somatycznej, jak i psychicznej, co związane jest z wysokim wskaźnikiem prób samobójczych.

Niedożywienie oznacza niedobór budulca dla organizmu, niedobory energii, niski poziom wielu kluczowych mikro- i makroelementów, i wiele więcej. Spustoszenie dotyka zatem cały organizm i żaden układ nie zostaje w tej destrukcji pominięty. Najbardziej oczywiste są straty w układzie ruchu. Tkanki kostne i mięśniowe stają się coraz bardziej słabe i podatne na uszkodzenia. Utrata tkanki mięśniowej i tłuszczowej wiąże się z kolei z problemami w termoregulacji. Osoby z anoreksją mają obniżony próg tolerancji na zimno i ciepło, a na ich ciele pojawia się charakterystyczny meszek, zwany lanugo, a w efekcie tkanka skórna, włosy i paznokcie są wysuszone, mało elastyczne oraz kruche i wrażliwe na uszkodzenia. W układzie pokarmowym charakterystyczne jest występowanie bólów żołądkowych, zaparć oraz biegunk. W jamie ustnej pojawiają się zmiany chorobowe, obrzęki ślinianek czy nadżerki w obrębie przełyku. Innymi negatywnymi skutkami są bóle gardła, próchnica zębów, odwodnienie organizmu, skurcze mięśni, omdlenia, uczucie zimna czy charakterystyczne rany na dłoniach, które są wywoływane próbami wywołania wymiotów [10]. W układzie sercowo-naczyniowym występują spadki ciśnienia tętniczego krwi, spadki tętna, anemia, kołatanie serca czy arytmie. Wystąpić również może zanik mięśnia sercowego. W układzie rozrodczym charakterystyczne jest zanikanie miesiączkowania. Dodatkowo obserwuje się zmniejszenie rozmiaru jajników oraz macicy [10].

W sferze psychicznej, w przebiegu anoreksji, dochodzi do wielu szkodliwych skutków. Osoby z zaburzeniem mają problemy natury poznawczej tj. osłabiona zostaje pamięć, zaburzona jest koncentracja, a także zanika zdolność uczenia się. Anoreksja wiąże się z problemem, jakim jest depresja. Występują wahania nastroju, bezsenność, wycofanie z kontaktów ze znajomymi, a nawet z rodziną. Depresja w anoreksji zwykle ustępuje po odpowiednim dożywieniu [10,1]. W tym miejscu warto jednak przywołać statystyki: badania wskazują, że myśli samobójcze ujawnia się u około połowy osób z tym zaburzeniem, natomiast co dziesiąta osoba podejmuje taką próbę [1]. Samobójstwa wśród osób chorujących na anoreksję stanowią aż ok. 1/4 (sic!) wszystkich zgonów. Najczęściej wymienianym w literaturze czynnikiem ryzyka jest poddanie przymusowej hospitalizacji, co wiąże się z poczuciem utraty kontroli oraz bezradnością [5,1]. Wśród czynników "wyzwalających" wymienia się choroby somatyczne i psychiczne, stratę bliskiej osoby (np. rodzica) czy uzależnienie od narkotyków.

Osoby dotknięte anoreksją mają tendencję do izolowania się, unikania kontaktów społecznych “face to face”. Aby jednak podejmować te kontakty w sposób niebezpieczny, osoby te kontaktować się mogą z innymi osobami stosującymi podobną “dieta”. Z tego powodu interesują się np. Portalami internetowymi, które są zbiorowiskiem osób o podobnych poglądach i przekonaniach, co jest o tyle niebezpieczne, że tylko wywołuje efekt potwierdzenia u osoby dotkniętej anoreksją.

Zdrowotnych skutków natury psychologicznej oraz organicznej w przebiegu anoreksji jest znacznie więcej, jednak wielość problemów zdrowotnych związanych z zaburzeniem jest tak wiele, że można napisać na ten temat całą pracę. Powyżej przedstawione zostały główne i najczęściej wymieniane skutki zdrowotne.

Diagnoza i leczenie anoreksji

Diagnozowanie anoreksji wśród dzieci i adolescentów nie jest łatwym zadaniem. Rozpoznanie zaburzenia u dzieci różni się od diagnozowania zaburzenia u dorosłych, a głównym powodem jest to, że objawy u dzieci są mniej wyraziste, a co za tym idzie, trudniejsze do wychwycenia dla niezaznajomionych z tematem osób (np. rodziców). Ważne zatem jest, aby posiadać pewną wiedzę w tym zakresie, a w przypadku podejrzeń zgłosić się z dzieckiem do odpowiedniego specjalisty.

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego według europejskiej klasyfikacji ICD-11 przedstawić można w następujący sposób:

Niska masa ciała w odniesieniu do wzrostu, wieku oraz stadium rozwojowego, która nie jest skutkiem innych chorób lub deficytu pożywienia. Wartość wskaźnika Body Mass Index (BMI) poniżej 18,5 kg/m² - dorośli, wartości poniżej 5. centyla - dzieci.

W parze z niską masą ciała idą zachowania mające na celu zapobieganie przybieraniu masy i mogą obejmować: ograniczenie zużycia energii (ograniczenie przyjmowania pokarmów), przeczyszczanie (prowokacja wymiotów, stosowanie w nadmiernej ilości środków przeczyszczających). Zwykle związane są z lękiem przed wzrostem wagi.

Niska masa ciała/jego kształt mają nadrzędne znaczenie w samoocenie bądź także masa ta postrzegana jest niewłaściwie jako prawidłowa, a nawet nadmierna [11].

Amerykańska klasyfikacja DSM-5 jako kryteria określa z kolei:

Zbyt niska podaż energii względem potrzeb organizmu, w wyniku której występuje niska masa ciała (z uwzględnieniem wieku, krzywej rozwoju, płci oraz stanu zdrowia).

Znaczne obawy przed wzrostem wagi/przytyciem lub utrzymywanie się zachowań dążących do zmniejszenia masy, zwłaszcza kiedy jest ona niedostateczna.

Nieprawidłowe postrzeganie masy/kształtu ciała, samoocena silnie uzależniona od masy/kształtu ciała, konsekwentny brak postrzegania zbyt niskiej masy ciała w kategoriach problemu.

W DSM-5 zawarte jest również określenie remisji zaburzenia jako częściowe oraz pełne. Częściowa remisja anoreksji ma miejsce wtedy, gdy przez dłuższy czas - bliżej w klasyfikacji nieokreślony - kryterium A nie zostało spełnione, jednak kryterium B

oraz C spełnione pozostawały. Pełna remisja ma miejsce wtedy, gdy żadne z trzech kryteriów nie zostało spełnione w dłuższym okresie – w tym przypadku, również bliżej nieokreślone.

Powyższa klasyfikacja określa również nasilenie zaburzenia i dzieli je na: łagodne (BMI poniżej 17 kg/m²), umiarkowane (w przedziale wartości BMI 16-16,99 kg/m²), ciężkie (pomiędzy 15-15,99 kg/m²) oraz bardzo ciężkie (poniżej 15 kg/m²) [2].

Leczenie zaburzeń odżywiania nie należy do łatwych procesów. Zaburzenie odżywiania jakim jest anoreksja opierać się musi na dobrej i terapeutycznej relacji pacjenta ze specjalistami oraz rodziną. Praca z takimi pacjentami określana jest jako trudna, bywa, że frustrująca, a także nieprzewidywalna. Przyczyny tego stanu rzeczy leżą w etiopatogenezie zaburzenia - głęboko zakorzenione konflikty wewnętrzne, często wieloletnie problemy w relacjach z najbliższymi, egosyntoniczność względem stanu w jakim pacjent się znajduje (inaczej: subiektywne postrzeganie swojego stanu jako akceptowanego/pożądanego), a także patologiczne zaprzeczanie występowaniu choroby oraz opór na jakiegokolwiek zmiany. Anoreksja jest samonapędzającą się chorobą "błędnego koła" ze względu na czynniki podtrzymujące działanie tego procesu. Często okazuje się, że chorobę należy leczyć dwutorowo: farmakologicznie oraz psychoterapeutycznie. Nurtów psychologicznych jest wiele i każdy z nich różni się od innego założeniami teoretycznymi. Te zostaną wymienione i opisane w dalszej części pracy.

Postępowanie medyczne wynika z faktu, że osoby chorujące na anoreksję często potrzebują interwencji specjalistów z zakresu medycyny. Liczne powikłania choroby wynikające z wymienionych w poprzednim podrozdziale skutków zdrowotnych anoreksji w końcu muszą się wiązać z potrzebą interwencji. Hospitalizacja ma na celu leczenie objawowe, polegające na dożywieniu, przywrócenie organizmowi stanu homeostazy poprzez uzupełnienie braków, podawaniu leków oraz na przeciwdziałaniu odwodnieniu, a w najgorszym przypadku śmierci w wyniku powikłań. Leczenie szpitalne stosuje się również w przypadku występowania depresji z tendencjami samobójczymi. Szpital pozwala na odizolowanie chorego od środowiska podtrzymującego zaburzenie, którym zwykle jest dom, szkoła czy grupy znajomych. Dodatkowo w takiej sytuacji można kontrolować i oceniać sposób żywienia, weryfikować błędy, preferencje żywieniowe chorego oraz jego rodziny.

Tabela 2. Kliniczne powikłania jadłowstrętu psychicznego [12]

Kliniczne powikłania anoreksji		
Stan	Objawy	Konsekwencje
Hipoglikemia	Glikemia na czczo <70 mg/dl	Zawroty głowy, dezorientacja, drgawki, utrata przytomności
Hipokaliemia i hipomagnezemia	K <2,5 mmol/l	Zaburzenia rytmu serca, osłabienie mięśni, rabdomioliza, niewydolność oddechowa

Kliniczne powikłania anoreksji		
Stan	Objawy	Konsekwencje
Hipofosfatemia	Fosforan <1 mg/dl	Związany z zespołem ponownego odżywienia; może powodować zaburzenia rytmu serca
Niedociśnienie i bradykardia	Tętno <60 uderzeń na minutę, ciśnienie krwi <90/60 mmHg	Omdlenia, upadki, ból w klatce piersiowej, a w ciężkich przypadkach zatrzymanie akcji serca
Nadużywanie środków wymiotnych	Duszność, zmęczenie	Niewydolność serca, rabdomioliza
Ciężkie odwodnienie	Suche błony śluzowe, tachykardia, utrata napięcia skóry	Drgawki, uszkodzenie nerek, śpiączka

W psychoterapii zaburzeń odżywiania najczęściej działa się w nurcie terapii behawioralno-poznawczej (CBT). Ta oraz inne stosowane w przebiegu anoreksji terapie są działaniami opartymi na dowodach naukowych. Środowisko naukowe uważa je za najbardziej skuteczne [4]. Cechują się tym, że mają na celu przywrócenie kondycji fizycznej z jednoczesnym monitorowaniem stanu organizmu pacjentki (m.in. wagi). Dodatkowo zawierają psychoedukację, a także planowanie jadłospisu. Terapie te powstały na potrzeby leczenia ambulatoryjnego, a ich czas trwania to co najmniej 8 miesięcy. Szczegóły dotyczące stosowania terapii przedstawia brytyjski narodowy instytut NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*). Metaanalizy wskazują, że w leczeniu dzieci i nastolatków z anoreksją metodą wiodącą jest FBT (*family-based treatment*). Badania wskazują, że rodzina w procesie zdrowienia pełni bardzo ważną rolę, a włączenie jej w ten proces we wczesnych etapach choroby zwiększa szansę trwałych zmian pozytywnych [4].

Rdzeniem jadłowstrętu psychicznego jest nadmierne przywiązanie do aspektu kształtu i masy ciała. Skutkuje to rygorystycznymi dietami, co z czasem prowadzi do znacznego spadku masy ciała, a towarzyszy temu wiele skutków w sferze psychospołecznej, jak np.: kontrola stanu własnego ciała częstym ważeniem się, kontrola wizualna w lustrze, uporczywe myśli dotyczące własnego ciała oraz alienacja społeczna, a także w sferze somatycznej, jak chociażby zwiększenie uczucia sytości. Terapie oparte na teorii CBT wskazują na to, jak bardzo intensywny jest lęk przed wzrostem masy ciała i zmianami jego kształtu. Dodatkowo bierze się pod uwagę cechy indywidualne jednostki jak np. perfekcjonizm oraz stres interpersonalny, poczucie presji (np. dokuczanie w szkole, wymagania szczupłości od środowiska) oraz tworzenie pewnego przekazu w przestrzeni społecznej (szczupłość jako wyznacznik piękna). Czynniki te podtrzymują zaburzenie wzajemnie na sobie oddziałując. Terapia skupiająca się na procesach podtrzymujących to CBT-E (wzmocniona CBT). Ma na celu pracę przede wszystkim nad procesami poznawczymi. Na terapię składa się 20 sesji terapeutycznych (20 tygodni), podzielone na 4 stadia, które różnią się częstością występowania

sesji oraz celami. Terapię w takim wymiarze czasowym stosuje się u osób z wartością wskaźnika BMI powyżej 17,5 kg/m². U osób w przedziale pomiędzy 15-17,5 kg/m² wskazane jest stosowanie czterdziestotygodniowego programu terapii (40 sesji).

W leczeniu jadłowstrętu psychicznego bardzo istotna jest rola psychoedukacji oraz planowania spożywania posiłków. Niezastąpiona w tym przypadku jest rola dietetyka, który ma za zadanie przeprowadzić wywiad żywieniowy, zaplanować, kontrolować i konsultować z zespołem terapeutycznym ilość i częstość spożywania posiłków. Leczenie niedożywienia polega na dostarczeniu wszelkich niezbędnych dla organizmu mikro i makroelementów, budulca jakim jest białko, energii w postaci węglowodanów, tłuszczu, a także wody i elektrolitów. Żywienie pacjenta odbywać się może na dwa sposoby: drogą enteralną i/lub parenteralną. U pacjentów, u których występuje znaczne wyniszczenie w organizmie stosuje się pewny określony sposób postępowania, który ma na celu zmniejszyć ryzyka wystąpienia tzw. *refeedingsyndrome* (zespół ponownego odżywiania). U osób z BMI poniżej 14 kg/m² na początek zaleca się stosowanie diety o kaloryczności 10 kcal/kg masy ciała. Następnego dnia terapii można zastosować dietę o kaloryczności zwiększonej o 5 kcal/kg masy ciała. Taką kaloryczność zaleca się kontynuować do czwartego dnia terapii. W piątym dniu zalecenia mówią o zwiększeniu kaloryczności diety o 20-30 kcal/kg masy ciała. W okolicach ósmego dnia kaloryczność można zwiększyć o kolejne 30 kcal/kg masy ciała [4]. Celem jest powrót do odpowiedniej dla danej osoby kaloryczności diety. Na każdym z wyżej wymienionych etapów dietetyk wraz z zespołem terapeutycznym bacznie powinni obserwować stan pacjenta na wypadek wystąpienia niepożądanych zmian. Powyższy przykład postępowania pokazuje jak ważne jest umiejętne dostosowanie diety do pacjenta oraz jak ważnym komponentem zdrowienia jest odpowiednie żywienie pacjenta.

Edukacja rodziny pacjentki na temat anoreksji

Rola pielęgniarek i pielęgniarzy w procesie leczenia dziecka cierpiącego na jadłowstręt psychiczny jest bardzo istotna. W warunkach szpitalnych to właśnie ta grupa specjalistów najczęściej ma kontakt z pacjentami oraz ich rodzinami. Edukacja rodziny na temat anoreksji nie jest prostym zadaniem, wymaga bowiem odpowiedniej wiedzy na temat choroby, a także umiejętności społecznych, które są niezbędne w kontakcie z rodziną. Edukacja polega przede wszystkim na wyjaśnieniu czym jest anoreksja, jakie są jej przyczyny i skutki, jak radzić sobie w sytuacji choroby u dziecka, gdzie się zgłaszać w razie problemów oraz wielu innych aspektów, które dotyczą między innymi związku choroby z funkcjonowaniem rodziny. Ważne jest podkreślenie w rozmowie, że szczególnie ważne jest odpowiednie wsparcie dziecka ze strony rodziny. W komunikacji z rodziną dziecka chorującego na anoreksję należy wykazywać się otwartością, empatią, zrozumieniem oraz wsparciem. Jest to fundament skutecznej komunikacji niezbędnej w edukacji. Taką samą postawą powinna się także wykazywać rodzina względem dziecka. Osoby chorujące na zaburzenia odżywiania często odczuwają samotność oraz

bezradność, dlatego ważne jest, aby personel medyczny i rodzice wspierali dziecko poprzez okazywanie troski, ciepła oraz budowaniu poczucia bezpieczeństwa.

Pierwszy kontakt pielęgniarki/pielęgniara z rodziną pacjenta jest kluczowym momentem, bowiem od tego zależy, jak przebiegać będzie dalsza część współpracy w procesie leczenia dziecka. Rodzice muszą czuć, że mają do czynienia z profesjonalistą, co wzbudza autorytet i zaufanie. Postawa względem rodziców powinna być pełna szacunku wobec ich indywidualności, poglądów czy ich własnych doświadczeń. W kontakcie ważna jest także uwaga, cierpliwość, jak również otwartość na liczne pytania ze strony rodziców.

Umiejętność podejmowania kontaktu z rodziną jest kluczowa w procesie leczenia młodego pacjenta. Rozmowa taka powinna opierać się na pewnych ogólnych zasadach skutecznej komunikacji. Ważne jest zatem, aby w komunikacji zweryfikować i przeanalizować pewne czynniki mogące mieć wpływ na komunikację. Są to m.in.: mity, przekonania i wyobrażenia związane z chorobą i procesem leczenia pacjenta, nastawienie emocjonalne rodziny, spójność rodziny i pacjenta względem choroby oraz procesu leczenia, sprawność w komunikacji czy stopień rozumienia terminów/zagadnień medycznych [13].

Rodzina pacjenta najczęściej jest zainteresowana bieżącymi informacjami na temat stanu zdrowia pacjenta, przewidywaniami i szansami na wyzdrowienie, edukacją na temat choroby, wsparciem w momentach obaw i leku, współpracą w leczeniu dziecka, wsparciem w komunikacji z dzieckiem, a także terapią rodzinną. Podczas edukacji rodziny warto swój przekaz wesprzeć materiałami edukacyjnymi, które wyjaśniają podstawowe kwestie związane z jadłowstrętem psychicznym, a także odpowiadają na najczęstsze pytania rodziców.

Czynnikami zakłócającymi komunikację z rodziną są m.in.:

- Sytuacja życiowa rodziny pacjenta
- Konflikty wewnętrzne w rodzinie
- Lęk rodziny przy zadawaniu pytań specjalście (np. przed kompromitacją z niewiedzy)
- Różnice w przekonaniach pomiędzy rodziną a pacjentem, a także pomiędzy rodziną a specjalistą
- Różnice kulturowe i środowiskowe [13].

Rozmowa z rodziną powinna zatem opierać się na zasadach skutecznej komunikacji.

Pielęgniarka i pielęgniarz powinni:

- Być spójni w komunikacji, zarówno na poziomie werbalnym, jak i niewerbalnym
- Używać języka zrozumiałego dla rodziny (dostosowywać do możliwości odbiorcy przekazu, np. unikając skomplikowanej terminologii medycznej)
- Udzielać informacji niezbędnych rodzinie
- Wyjaśniać wszelkie kwestie niezrozumiałe dla rodziny, w celu uniknięcia wystąpienia zbędnego niepokoju czy obaw u rodziny
- Wykazywać troskę i zrozumienie [13].

Zakres opieki pielęgniarskiej sprawowanej nad dzieckiem z anoreksją

Zgodnie z prawem wykonywanie zawodu pielęgniarki polegać ma udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Opieka pielęgniarska to przede wszystkim rozpoznawanie potrzeb pacjenta oraz problemów pielęgnacyjnych, planowanie i sprawowanie opieki oraz edukacja zdrowotna. Największa skuteczność terapii pacjentów z anoreksją występuje, gdy pacjentem opiekuje się zespół specjalistów złożony m.in. z lekarzy, pielęgniarek i pielęgniarzy, dietetyków, psychologów i terapeutów. Każdy specjalista w zespole spełnia funkcje, które skupiają się na konkretnym aspekcie życia chorego. Zakres opieki sprawowany przez zespół pielęgniarski polegać ma na poznaniu istoty choroby, motywowaniu pacjenta do współpracy w wychodzeniu z choroby, zmniejszaniu lęku pacjenta przed przybraniem na wadze, uzyskaniu racjonalnego oceniania wagi i kształtu ciała, a także zmienianiu zachowania [14].

Problemy pielęgnacyjne najczęściej spotykane w opiece nad osobami z jadłowstrętem psychicznym to m.in.:

- Zaprzeczanie istnieniu choroby i odrzucanie pomocy
- Lęk pacjenta (zwłaszcza młodego) przed hospitalizacją oraz brak poczucia bezpieczeństwa w początkowym okresie leczenia
- Obniżone poczucie własnej wartości
- Stosowanie środków przeczyszczających i/lub unikanie przyjmowania pokarmów
- Silny lęk przed przybraniem na wadze
- Trudności w komunikacji, izolowanie się od innych, alienacja
- Brak zrozumienia pomiędzy chorym a rodziną
- Poczucie wstydu
- Nieuczestniczenie w procesie leczenia, unikanie
- Stany depresyjne

Ryzyko wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu, które mogą skończyć się nawet zgonem (przyczyną jest głodzenie się, co w 10% przypadków z zaburzeniami somatycznymi kończy się śmiercią) [14].

Celem opieki pielęgniarskiej jest przeciwdziałanie negatywnym skutkom powstałych problemów. Kiedy pacjent zaprzecza chorobie i odrzuca pomoc, zespół pielęgniarski ma za zadanie spowodować zwiększenie wglądu przez chorego oraz nakłonienie go do współpracy ze specjalistami. Aby zrealizować ten cel należy nawiązać i utrzymywać kontakt z chorym, empatycznie i aktywnie słuchać chorego bez oceniania oraz pomniejszania jego uczuć i problemów, zdobyć zaufanie pacjenta, edukować pacjenta w zakresie racjonalnej oceny wagi własnego ciała (przedstawienie i nauka wskaźnika BMI), a także spowodować zaangażowanie w proces leczenia poprzez konsultowanie potencjalnych zmian oraz wspólne rozwiązywanie problemów. Kiedy pacjent odczuwa lęk z powodu hospitalizacji należy realizować cel jakim jest zmniejszanie poziomu lęku m.in. poprzez: opiekę od samego początku (izba przyjęć), obserwacja pacjenta i pomoc w przypadku obaw, ciepłe przywitanie pacjenta na oddziale, zapoznanie z perso-

nelem medycznym, przedstawienie topografii oddziału, poinformowanie o możliwości kontaktu z bliskimi. W pracy z pacjentem należy się wystrzegać oceniania i obwiniania chorych, należy pozwolić na swobodną wypowiedź, a także być gotowym na zadawanie pytań. Ma to na celu zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjenta. Pacjenci z anoreksją unikają przyjmowania pokarmów oraz stosują różne metody mające na celu przeczyszczenie organizmu (pozbycie się „nadmiernej” wagi). Pomoc pacjentowi polega na uświadamianiu o istocie racjonalnego odżywiania, a także obserwacji chorego, rozmowie z pacjentem, dokumentowaniu przyjmowanych posiłków i płynów oraz dokumentacji wypróżnień. Kiedy pacjent odmawia przyjmowania posiłków celem zespołu pielęgniarskiego jest zapewnienie odżywienia pacjentowi poprzez: rozmowę zachęcającą i informującą o konieczności jedzenia, proponowanie urozmaiconych posiłków, niestosowanie metody karania, a wręcz przeciwnie, okazywania zrozumienia. Podczas spożywania posiłków należy być przy pacjencie, aby obserwować proces spożywania posiłków. Zdarza się również, że pacjent w ogóle nie przyjmie posiłków z własnej woli. W takich przypadkach, zdarza się, że należy zastosować ostateczną metodę, czyli założenie sondy, przez którą podaje się pokarm.

Jednym z najważniejszych zadań zespołu pielęgniarskiego jest zapobieganie zagrożeniom dla życia pacjenta, które wynika z unikania przyjmowania pokarmu. W takiej sytuacji kluczowe jest:

- Podawanie płynów zapobiegając w ten sposób odwodnieniu
- Prowadzenie obserwacji, kontrola paramentów życiowych, stosowanie wskaźnika BMI
- Obserwacja i dokumentacja spożywanych posiłków
- Obserwacja całościowa pacjenta pod względem somatycznym, psychicznym czy w funkcjonowania społecznego
- Założenie sondy żołądkowej przy nieprzyjmowaniu pokarmów (po konsultacji z lekarzem) [15].

Obserwacja i kontrola pacjenta mają bardzo duże znaczenie w przypadku leczenia żywieniowego, przede wszystkim w trakcie spożywania pokarmów - ilość i czas trwania posiłków, występowanie niepożądanych zachowań, jak np. ukrywanie jedzenia, dawanie go innym pacjentom, ale także wywoływanie efektów przeczyszczających. U pacjenta hospitalizowanego brak przyjmowania pokarmu może być efektem protestu przeciwko środowisku zewnętrznemu (rodzinie, personelowi medycznemu itd.) w celu zwrócenia na siebie uwagi, wymuszenie zainteresowania czy po prostu z potrzeby zdobycia poczucia samodecydowania o sobie i niezależności [15].

Personel pielęgniarski uczestniczy w układaniu planu terapeutycznego, którego celem jest zmiana postrzegania swojego ciała przez pacjenta oraz poprawa funkcjonowania psychospołecznego. Po przebyciu terapii anoreksji, młodzi pacjenci z zaburzeniami postrzegania własnego ciała zmieniają swoją perspektywę i oceniają swoje ciało lepiej [16]. Stosując psychoedukację oraz rozmowy z pacjentem dążyć powinno się do zmiany postawy wobec jedzenia, a także do zmotywowania do współuczestniczenia

w procesie terapii. Przekazywać powinno się wiedzę na temat istoty choroby, jej przyczyn i konsekwencji dla zdrowia, wyjaśniać jakie znaczenie ma przyjmowanie poszczególnych składników odżywczych, edukować na temat higieny osobistej, zachęcać do uczestniczenia w zajęciach relaksacyjnych, których głównym celem jest redukcja lęku występującego powszechnie u pacjentów z jądłowstrętą psychiczną [15].

Wnioski

1. Nastoletnia pacjentka z jądłowstrętą psychiczną wymaga kompleksowej pomocy. Pacjentka poza oczywistym osłabieniem organizmu i problemami natury fizycznej, np. zawrotami głowy, nieprzyjemnymi odczuciami z ciała, zaburzeniami hormonalnymi, zaburzeniami rytmu serca, zaburzeniami hormonalnymi, boryka się także – co wydaje się nawet bardziej istotne – z problemami natury psychologicznej. Problemy te to m.in.: zaburzenie obrazu własnego ciała i postrzeganie go w negatywnym świetle, niskie poczucie własnej wartości, rozdrażnienie, izolacja społeczna, obniżony nastrój, lęk czy niskie poczucie bezpieczeństwa.
2. Każdy członek zespołu terapeutycznego ma swoją bardzo ważną rolę w procesie zdrowienia pacjentki i bez odpowiedniej współpracy personelu proces ten będzie znacznie utrudniony. Kluczowa jest w tym przypadku współpraca wielu specjalistów tj. lekarzy, pielęgniarek, psychologów czy dietetyków. W procesie zdrowienia należy zadbać o poczucie bezpieczeństwa pacjentki. Komfort psychiczny, przyjazna atmosfera, autentyczne i empatyczne podejście do pacjentki – aspekty te są kluczowe i niezbędne.

Rola pielęgniarki w procesie zdrowienia pacjentki jest niezastąpiona. Dzięki swojemu wykształceniu i doświadczeniu pielęgniarka jest przygotowana do pracy z różnymi przypadkami. Zakres działań pielęgniarki nie ogranicza się do oczywistych kwestii jakimi są pomiary podstawowych parametrów życiowych, wykonywanie iniekcji, monitorowanie i dokumentowanie wykonywanych czynności itp. Zakres ten obejmuje również dbanie o komfort psychiczny pacjentki, monitorowanie jej zachowania, wychwytywanie niepokojących zachowań i podejmowanie w porę odpowiednich działań, a także bardzo istotna edukacja pacjentki i rodziny.

Poza personelem medycznym, ważną rolę w tym aspekcie pełni rodzina pacjentki. Muszą oni posiadać niezbędną wiedzę na temat choroby z jaką mierzy się ich córka, wiedzieć jak komunikować się z dzieckiem, a także jakie zachowania sprzyjają w procesie zdrowienia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Ogólnopolskie Centrum Zaburzeń Odżywiania. *Anoreksja-choroba śmiertelna*. <https://centrumzaburzenodzywiania.pl/strefapacjenta/anoreksja-choroba-smiertelna-samobojstwa/> (dostęp 05.10.2024)
2. Millard E. *Eating Disorder: DSM Diagnostic Criteria and Treatment Overview*. Med Central. 2022. <https://www.medcentral.com/behavioral-mental/eating/eating-disorders-dsm-criteria-types-and-treatment>
3. Skalska-Babińska N. *Zaburzenia odżywiania – charakterystyczne objawy, przyczyny powstania i sposoby leczenia*.
4. <https://psychologiazaburzen.pl/zaburzenia-odzywiania/> (dostęp 11.11.2024)
5. Brytek-Matera A. *Zaburzenia Odżywiania*. PZWL. Warszawa 2021:7-10,133, 171.
6. Cierpiąłkowska L., Sęk H. [red.]. *Psychologia kliniczna*. PWN 2020:419-421.
7. Wiśniowiecka M., Szewczyk L. *Struktura osobowości dziewcząt z zespołem anorexia nervosa*. „Endokrynologia Pediatria”, Lublin, 2024;13(2):25-34.
8. Solich, N., Kolarczyk, E. *Opieka pielęgniarska nad pacjentem z anoreksją – studium przypadku*. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, Wrocław, 2021;10,1-4:30.
9. Kruger M. *Addictions and Eating Disorders*.
10. <https://internalfamilysystems.pt/multimedia/webinars/addictions-and-eating-disorders-mary-kruger>
11. (dostęp 02.10.2024)
12. Ogólnopolskie Centrum Zaburzeń Odżywiania. *Zaburzenia odżywiania w liczbach*. <https://centrumzaburzenodzywiania.pl/strefapacjenta/zaburzenia-odzywiania-w-liczbach/>
13. (dostęp 03.10.2024)
14. Borowiecka-Karpiuk, J. *Zaburzenia odżywiania: anoreksja i bulimia. Przyczyny, objawy i leczenie*. Medycyna Praktyczna, 2023. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/75618,zaburzenia-odzywiania> (dostęp 20.01.2025)
15. World Health Organization. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. 2024. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en> (dostęp 04.10.2024)
16. Rossi G., Aiken C. *The Medical Evaluation of Anorexia*. The Carlat Psychiatry Report, 2023. <https://www.thecarlatreport.com/articles/4312-the-medical-evaluation-of-anorexia> (dostęp 13.11.2024).
17. Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G. *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej: praca zbiorowa*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2019:147-150.
18. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J [red.]. *Pielęgniarstwo psychiatryczne*. PZWL. Warszawa 2016:300-306.
19. Gawłowski K. *Udział pielęgniarki w kompleksowym leczeniu jadłowstrętu psychicznego pacjenta hospitalizowanego*. [w]: *Puls Uczelni*. PMWSZ w Opolu. Opole 2014:18-21.
20. Dalhoff A., Frausto H., Romer G., Wessing I. *Perceptive Body Image Distortion in Adolescent Anorexia Nervosa: Changes After Treatment*. Front Psychiatry. 2019.
21. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6803517/> (dostęp 06.10.2024)

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

JAKUB SUŁKOWSKI

12379@pans.wloclawek.pl

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu;
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25
87-800 Włocławek

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

NATALIA LIPIŃSKA: A–F

DOROTA KOCHMAN: A–F

A – Koncepcja i projekt badania

B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych

C – Analiza i interpretacja danych

D – Napisanie artykułu

E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu

F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 15.07.2025

Data akceptacji: 25.07.2025